Model 1

Casa Teritorială de Pensii......................................

Compartimentul accidente de muncă şi boli profesionale

Nr. ......../............

CERERE

pentru eliberarea documentului portabil DA1

 Subsemnatul(a), ........, CNP ........, domiciliat(ă) în localitatea ........, str. ........ nr. ...., bloc ...., scara ...., etaj ...., apartament ...., judeţul/sectorul ........, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria ..... numărul ..........., eliberat de .......... la data de ........., născut/născută la data de .......... în localitatea/judeţul ............, telefon .............., e-mail ........., asigurat în sistemul de asigurare la accidente de muncă şi boli profesionale din România,

 prin prezenta solicit eliberarea documentului portabil DA1 în conformitate cu prevederile art. 36 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială şi art. 33 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European şi al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, pentru ............, în statul .............., adresa ............... .

 Ataşez următoarele documente:

 - actul de identitate B.I./C.I.;

 - adeverinţa de la angajator, după caz;

 - documentul portabil A1, după caz;

 - copie de pe documentul care atestă schimbarea numelui, după caz.

 Doresc să primesc documentul portabil DA1:

 - prin poştă, la următoarea adresă: ..............................;

 - personal, la sediul CTP.

 Data ..........................

 Semnătura .....................